

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

***Relatos clínicos de contaminación y peligro.  
Cocreando desde dentro el estigma social en la  
gestante seropositiva.***

José Manuel Hernández Garre, Eva María del Cerro Hidalgo y Paloma

Echevarría Pérez- Universidad Católica de Murcia<sup>1</sup>**DOI:** <http://dx.doi.org/10.5565/rev/periferia.476>**Resumen**

El objetivo del artículo ha sido explorar las principales representaciones de los sanitarios respecto a las parturientas VIH positivo, y sus posibles repercusiones en el proceso de creación/destrucción de su identidad en clave de estigma social. La metodología elegida ha sido la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas, cuyos resultados muestran ciertos miedos e inseguridades que afloran en los sanitarios como consecuencia de la sensación de vulnerabilidad, miedos que se acrecientan en el parto, donde la posibilidad de infección se magnifica al tener contacto con fluidos corporales potencialmente contaminantes. La conclusión final es que la corporalidad de la gestante seropositiva se construye en los medios clínicos en clave negativa, apareciendo en los relatos dos tipos de estigma, el «determinante», asociado al peligro de contagio en sí mismo, y el «simbólico», derivado de las conductas socialmente desacreditadas que se relacionan popularmente a la enfermedad.

**Palabras clave:** VIH/SIDA; discriminación; estigmatización; profesionales de la salud; gestante.

**Abstract**

The aim of the article was to explore the main representations of professionals with regard to HIV positive women in labor, and their potential impact on the process of creation / destruction of their identity in key social stigma. The methodology has been conducting a series of semi-structured interviews, the results show a series of fears and insecurities that arise in professional due to the sense of vulnerability, fears that accrue in childbirth, where the possibility of infection is magnified by contact with potentially contaminated body fluids. The final conclusion is that the corporality of HIV-positive pregnant builds on clinical media in negatively key, appearing in the accounts two types of stigma, 'decisive', associated with the risk of infection in itself, and the 'symbolic', derived from socially discredited behaviors that are popularly associated with the disease.

**Keywords:** HIV/AIDS; discrimination; stigmatization; health care providers; pregnant.

---

<sup>1</sup>Enviar correspondencia a: José Manuel Hernández Garre ([jmhernandez@ucam.edu](mailto:jmhernandez@ucam.edu))

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>**Introducción**

El individuo es un ser permeable cuyas representaciones, simbolismos y cosmovisiones compartidas median, de manera más o menos directa, en la conformación de la identidad social del "otro". La identidad se edifica, pues, desde la cultura, se construye desde un conjunto de prácticas con un significado social bien delimitado que hay que contextualizar, desde un conjunto de interacciones humanas en las que juegan un papel central elementos como el prejuicio, el conflicto o los procesos de aculturación (Tajfel 1978). Se instituye, así, la acción social en un componente práctico de la cultura, en un proveedor de sentido que arbitra en el proceso de categorización de las distinciones generadoras del estatus (Bourdieu 1986; Geertz 1973).

La sociedad establece, pues, los medios para clasificar a las personas, al fijar una serie de estamentos que nos permiten sobreentender en los "otros" los atributos personales y estructurales que los encuadran en una categoría concreta (Goffman 1963). Tipificación que se puede conformar en clave de estigma social, que puede construirse en base a una serie de estereotipos (Tajfel y Wilkes 1963) que reflejan la diferenciación entre lo característico y diferencial del grupo (Huici et al. 1996). En este sentido, el fenómeno estigmatizador es algo idiosincrásico de la interacción social, es un "rasgo de la sociedad que nace allá donde existan normas de identidad" (Goffman 1963:152). Es, en definitiva, una cuestión de poder influida por tensiones políticas, económicas y sociales que, en cierta medida, se inmiscuyen en la producción, reproducción y mantenimiento de la inequidad social (Aggleton et al. 2002).

De esta manera, el estigma social se convierte en un instrumento de discriminación que socava la dignidad de la persona, en una visión reduccionista que no refleja los atributos verdaderos del hombre, que atenta contra la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU 1948). Se convierte, en definitiva, en una agresión a la dignidad ontológica del ser, al no concebirlo como un fin en sí mismo, sino como un medio estereotipado que no respeta su autonomía y libertad moral (Kant 1964). Se obvia, de esta manera, que la dignidad del individuo no depende de sus

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

capacidades, de su asignación a determinadas categorías sociales, sino que cobra vida simplemente por su propia naturaleza humana. (Vila-Coro 2010).

En este marco de la identidad social construida en clave de estigma, una de las realidades clínicas más afectadas es el VIH/SIDA. Tal como apunta la Fundación para la Investigación y Prevención del SIDA en España, en su famoso informe FIPSE (2005), estamos ante una enfermedad generadora de discriminación negativa, ante un virus transmisible, incurable y potencialmente mortal que ha sido asociado a grupos de riesgo como los drogadictos, trabajadores sexuales u homosexuales. Se trata de una enfermedad generadora de discriminación que induce a las pacientes a la autoprotección, invisibilización (Relf et al. 2015) y autoexclusión, elemento que a su vez retroalimenta la segregación cronificándola y normalizándola a través de un proceso de habituación (ONU 2007). En definitiva, el paciente con VIH/SIDA está expuesto a la idiosincrasia de una configuración cultural construida en clave de segregación, edificada sobre una estigmatización generadora de desesperanza, marginalidad e ilegalidad (Epele 2002)

Un caso especial dentro del paciente seropositivo es el de la mujer gestante, ya que ésta supera la epidemiología tradicional que ponía el riesgo exclusivamente en los comportamientos individuales. Se trata de un caso en el que los individuos pueden ser infectados por razones que no pueden controlar, como en el caso de los neonatos y de las madres contagiadas por sus parejas. Ello agrava el estigma al estar ante víctimas de los comportamiento de riesgo asumidos por terceros (Mann 1999), al producirse la vulnerabilidad más allá del comportamiento individual, para ser consecuencia de factores del grupo social que provocan en los afectados la incapacidad de ejercer el control sobre su propia salud (Ardilla et al. 1999). En este contexto, las instituciones sanitarias, y los profesionales que en ellas trabajan, tienen un papel vital en la construcción de un entorno de apoyo libre de discriminación (Chambers et al. 2015). Ello implica superar sus propios prejuicios, y controlar sus temores a la hora de asistir a este tipo de pacientes. En este sentido, parece que existe una relación directa entre la falta de información sobre los mecanismo de transmisión del VIH y el miedo al contagio, presentándose éste en mayor proporción en aquellos sanitarios que tiene ideas y mitos erróneos acerca de su transmisión (Laraqui et al. 2000). Hay que distinguir, pues, entre el miedo real o

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

racional, basado en verdaderos riesgos como la exposición a un pinchazo o a humores orgánicos, y el miedo ficticio, basado en la falsa idea del riesgo de contagio por el simple contacto social regular, y que puede eliminarse con una correcta información y capacitación del profesional (Brown et al. 2003).

Se trata de una realidad que no ha pasado desapercibida a la comunidad internacional, que desde hace dos décadas viene realizando esfuerzos en favor de una reintegración social de este tipo de pacientes. En esta línea, la ONU lanzó en 2007 sus "Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos"<sup>2</sup>, en las que hace hincapié en la necesidad de generar estrategias sociales que acaben con el estigma social asociado. De otra parte, la Organización Mundial de la salud publicó en 2003 su documento sobre la "Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por VIH/SIDA en el sector salud", donde refleja la necesidad de luchar en contra de la exclusión en el propio sector de la salud, lo que implica un toque de atención a los propios profesionales.

Estamos, pues, ante una auténtica paradoja que refleja la dicotomía entre las intenciones institucionales y la realidad de las construcciones culturales, la incoherencia entre las políticas en clave de reintegración y las configuraciones en clave de discriminación social. En este contexto se ubica el presente estudio, cuyo objetivo ha sido explorar las principales representaciones y simbolismos que subyacen del ideario social compartido por los profesionales con respecto a las parturientas VIH positivo, y sus posibles repercusiones en el proceso de creación/destrucción de una cosmovisión corporal en clave de estigma social. Los análisis se han realizado desde un posicionamiento crítico-posmoderno que, desde una perspectiva personalista, reflexiona sobre las representaciones sociales hegemónicas y sus implicaciones en las experiencias maternas.

**Metodología**

---

<sup>2</sup> Otros documentos previos emitidos por la ONU al respecto son el documento emitido tras la "Convención Internacional Sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación racial" en el año 2000 y su "Hoja informativa: Situación General del Estigma y la Discriminación Relacionados con el VIH/SIDA" en el año 2001.

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

La naturaleza de la investigación hizo que se optara por un diseño de carácter cualitativo, que desde un enfoque etnográfico recogiera la visión «emic» de los implicados en el proceso. El objetivo era obtener los datos estratégicos y las interpretaciones más coherentes (Menéndez y Di Pardo 1996), caracterizando con la mayor precisión posible las representaciones de los profesionales del parto en torno a las gestantes con VIH positivo. Se partió de la premisa de que el análisis del discurso es la mejor estrategia metodológica para recoger los testimonios clave acerca de cómo los profesionales se perciben a sí mismo, a las gestantes y a la realidad que les circunda (Menéndez 2000), caracterizando así “con la mayor precisión posible las representaciones, experiencias y prácticas sociales” (Osorio 2001: 43) de los implicados en el estudio.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca, centro público con una cobertura de 158.680 habitantes, y en concreto en la unidad de paritorio de dicho hospital, unidad que presenta una media anual de nacimientos de 2000. La elección del paritorio como contexto del estudio vino determinada por la necesidad de seleccionar un ámbito clínico en el que los profesionales tuvieran un contacto directo y de alto riesgo biológico con las pacientes. En este sentido, el parto por estar ligado a la expulsión de diferentes fluidos infecciosos (sangre, líquido amniótico etc.) es un proceso de gran vulnerabilidad (Ardila et al. 1999).

Los datos se obtuvieron mediante una serie de entrevistas semiestructuradas realizadas al personal sanitario que presta sus servicios en el servicio de paritorio y que habían estado en contacto durante su labor asistencial con gestantes con VIH positivo (médicos, matronas y auxiliares de enfermería). El enfoque fue abierto, intentando crear un ambiente de cordialidad que propiciara una relación de empatía con los informantes. (Taylor 1998). Previamente a su realización se obtuvo un consentimiento informado de los participantes, proporcionándoles información sobre las características del estudio y la confidencialidad de sus testimonios personales en base a la ley de protección de datos. El anonimato se aseguró a través de la asignación de una clave numérica a cada entrevista, recuperando a posteriori los datos en base a las categorías de análisis (Coffey y Atkinson 2005).

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Tras recoger ciertos datos como la edad, el sexo, la profesión y los años de experiencia se procedió a realizar las entrevistas en base a tres categorías de análisis:

- Los conocimientos sobre la enfermedad.
- Los sentimientos, emociones y posibles miedos suscitados como consecuencia de la atención a este tipo de pacientes.
- Por último, los imaginarios y posibles prejuicios generadores de estigma social.

Las categorías de análisis se definieron en base a una exhaustiva revisión bibliográfica y a la información recibida de los propios profesionales. De esta manera, se recogió información básica referida a diversos aspectos de interés como la percepción del riesgo o los miedos y prejuicios compartidos, permitiendo construir las visiones, creencias y mecanismos institucionales que hay detrás de la gente (Weber 1968) y que intervienen en los procesos de creación/destrucción del estigma social.

Con el objetivo de conseguir una mayor validez interna y representatividad de la muestra se siguió el criterio de intersubjetividad y saturación, homogeneizando la muestra en base a los siguientes criterios de inclusión:

- Ser trabajador del servicio de paritorio del hospital Rafael Méndez de Lorca con más de 6 meses de experiencia.
- Prestar una atención directa a las embarazadas/parturientas.
- Haber tenido contacto con antelación con gestantes VIH positivo.
- Dar el consentimiento para colaborar en la investigación.

La utilización de estos criterios de inclusión vino dada por la necesidad de recoger testimonios de las personas que prestan atención directa, y en condiciones reales de riesgo biológico, a este tipo de pacientes. En este sentido, los profesionales implicados en la atención directa son el colectivo de sanitarios, que en el caso del paritorio son fundamentalmente obstetras, matronas y auxiliares, quedando otro tipo de trabajadores relacionados con actividades de gestión o administración fuera del objetivo del estudio. Son precisamente los sanitarios los que atienden de forma directa, utilizando en ocasiones técnicas invasivas, los que pueden presentar miedo

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

o actitudes negativas relacionadas con el temor al contagio y la muerte (Hortsman & McKusick 1986; Kegeles et al. 1989; Knox & Dow 1989; Dworkin et al. 1991; Taerk et al. 1993; Gordon et al. 1993; Silverman 1993; Stevenson y Kitchener 2001). Se ha perseguido, pues, entrevistar a los expertos, a los conocedores del fenómeno de estudio, de quienes se espera que comprendan las características del paradigma de atención que se presta a la embarazada con VIH positivo (Goffman 1963).

Con respecto al tamaño de la muestra se utilizó el criterio de saturación, considerando ésta cuando la información que se obtiene es repetida y no aporta nuevos datos a la investigación (Bertaux 1993). En este sentido, la información se saturó al llegar a veintidós informantes, 7 obstetras, 11 matronas y 4 auxiliares de enfermería, momento en que evidenció que no se aportaba ya información novedosa sobre el fenómeno de estudio. Los discursos de los diferentes profesionales fueron bastante homogéneos para las distintas categorías de análisis por lo que no se hicieron distinciones entre los mismos.

Para la interpretación y análisis del discurso se introdujo un orden en el mismo: lectura intensiva, toma de notas, análisis e interpretación, listados, primer epígrafe del informe, codificación, agrupación y categorías temáticas (Ibañez 1979), teniendo en cuenta la eficacia simbólica de los alegatos en los contextos en los que se producían (Jociles 2005). Se partió de la premisa de que la realidad es una construcción social conocida por los informantes (Berger y Luckmann 1986) que cristaliza dentro de un orden social predominante (Castro 1996). El análisis se realizó desde una perspectiva teórica fenomenológica, posmoderna<sup>3</sup> y personalista<sup>4</sup>, buscando en todo momento un paradigma explicativo (Kuhn 1971) que permitiera interpretar los procesos de estigmatización social de las gestantes VIH positivo, y

<sup>3</sup> Perspectiva representada por autores como Gilles Deleuze, Jean-François Lyotard, Michel Foucault o Jacques Derrida desde el que se cuestionan las verdades absolutas defendidas desde las ideologías modernistas, y se piensan que la certeza no es más que una verdad relativamente interpretada. Perspectiva desde la que se cuestiona el quehacer de las diferentes instituciones sociales y políticas.

<sup>4</sup> El personalismo es una corriente filosófica representada por autores como Kant, Kierkegaard, Maritain, Mounier, Marcel o Wojtyla que pone el énfasis en la persona. Considera al hombre como un ser relacional, esencialmente social y comunitario, un ser libre, trascendente y con un valor en sí mismo que le impide convertirse en un objeto como tal. Un ser moral, capaz de amar, de actuar en función de una actualización de sus potencias y finalmente de definirse a sí mismo considerando siempre la naturaleza que le determina.

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

siempre en defensa de la humanización de los procesos asistenciales y de la dignidad ontológica de las gestantes.

A pesar de que se intentó mantener una actitud neutra durante la investigación, somos conscientes de que las relaciones nunca son totalmente neutras ni simétricas durante la misma, sino que responden ineludiblemente a los posicionamientos de los implicados, entre ellos los del propio investigador (Romaní, 1992). Cabe también destacar la dificultad de extrapolar totalmente los resultados a la población, el problema surge por la necesidad de abordar el fenómeno de estudio a través de individualidades tipo (Maus 1966) que aunque sean muy representativas de la población también albergan cierto grado de libertad aleatoria, mostrando idearios personales que no siempre son representativos de la colectividad. Pese a las limitaciones, pensamos que se ha conseguido explorar, con suficientes garantías, las representaciones más comunes de los profesionales respecto a las gestantes VIH positivo.

**Resultados/Discusión*****De riesgos reales e imaginarios. Lo que conocen los que informan***

De los testimonios profesionales se deriva que existe una doctrina oficial, un discurso preventivo proyectado al subconsciente colectivo del gremio sanitario. En este sentido no existen heterodoxias, no se producen discordancias que rompan el concordato de una doctrina que pivota en torno a las llamadas «medidas de protección universal»<sup>5</sup>: *"una de las vías de transmisión es la parenteral, por ello, igual que en todas las mujeres, ya sean VIH o no, hay que tener las precauciones universales cuando se expone una a fluidos: uso de guantes, lavado de manos, antes y después, uso de mascarillas y de gafas protectoras para evitar salpicaduras..."* (Matrona5)<sup>6</sup>. Más allá de su pragmatismo real, las «medidas de protección universal» se convierten en una especie de discurso poderoso, en un recurso que empodera la capacidad de control de los profesionales sobre unos

<sup>5</sup> Conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgos laborales procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, para prevenir el impacto nocivo asegurando que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos no atenten contra la salud y seguridad de los usuarios, trabajadores de la salud, visitantes y el medio ambiente.

<sup>6</sup> La identificación de los testimonios vendrá dada en adelante por la profesión del sanitario y el número de entrevista en el que participó.



**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

cuerpos gestantes que son percibidos en clave de contaminación, que son contruidos desde una cimentación simpatética que puede transmitir su "impureza" a cualquier persona que entre en contacto íntimo con ellos (Frazer 1922). Las precauciones universales sirven, pues, de salvavidas, son un asidero férreo que cataliza el miedo racional que se deriva de la exposición real a verdaderos riesgos como la exposición a pinchazos o humores orgánicos: *"Las posibilidades de infección son mínimas si se tienen en cuenta las medidas de precaución universales"* (Matrona8).

Los testimonios hablan de informaciones precisas, de discriminaciones epicríticas sobre los mecanismos y posibilidades de transmisión. En este contexto, surge el lenguaje técnico que marca la diferencia entre el "saber" y no "saber", entre el miedo a lo desconocido y la necesidad de controlar los riesgos: *"Es muy importante conocer los niveles de CD4<sup>7</sup> para valorar el riesgo de infección y también es importante si durante el embarazo se ha estado tomando la terapia antirretroviral."* (Matrona 6). Surgen testimonios concisos que hablan de riesgos concretos: *"En nuestro caso el riesgo puede surgir como consecuencia de una exposición accidental ligada a técnicas invasivas como por ejemplo un pinchazo durante la realización de una cesárea"* (Médico 22). Se identifican, así, con claridad las posibles situaciones susceptibles de contaminación, las lagunas asistenciales que pueden llevar al contagio: *"es necesario tener alguna herida para que exista riesgo de infección"* (Auxiliar 3). Los profesionales muestran un conocimiento sobre la epidemiología de la enfermedad, sobre sus transiciones y metamorfosis desde mecanismos ligados al uso de drogas parenterales hasta conductas ligadas al sexo heterosexual (ONU 2007; ONU/OMS 2009; Quinn 1996). «Sexualización» de la enfermedad que parece aliviar la carga del miedo al no asociarse la vía sexual con el rango de riesgos ligados a su ejercicio profesional: *"pienso que no debe de ser muy frecuente que un sanitario se contagie, sobre todo porque la principal vía de transmisión ahora es la vía heterosexual"* (Auxiliar 3). Se observa, así, un conocimiento profuso de la enfermedad, se trata de una patología percibida como

7

CD4 es una molécula que se expresa en la superficie de los linfocitos T, responsables de coordinar la respuesta inmune celular, participando en la adhesión de éstos a las células diana. Los niveles de CD4 por debajo de 200 indican el paso de seropositivo a la enfermedad de SIDA propiamente dicha.

# perifèria

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

contaminante, y en este sentido el saber es un mecanismo de defensa que permite identificar claramente los momentos de mayor exposición: *"hombre existe menos riesgo en la atención del embarazo y el puerperio que durante el parto, ese es un momento delicado porque hay un mayor contacto con fluidos infectados"* (Médico 21). Conforme el riesgo aumenta surgen ciertos miedos y prejuicios relacionados con el temor al contagio de una enfermedad incurable (Dworkin, Albretch y Cooksey 1991).

En definitiva, se puede afirmar que la información, junto con el uso protocolario de las denominadas «medidas de protección universal», se han instituido en herramientas que dan cierta sensación de control a los expertos (Laraqui et al. 2000): *"los profesionales están bien informados y preparados atendiendo a las gestantes con VIH como a cualquier otra"* (Auxiliar 2); *"Creo que cada vez se dan menos esos prejuicios sociales porque se tienen más conocimientos sobre la enfermedad en sí"* (Auxiliar 3). Parece también probado que los profesionales identifican como irracional el miedo al contagio por el simple contacto social regular: *"El miedo existente al contagio solamente por el mero hecho de hablar o tener contacto directo con personas infectadas es irracional"* (matrona 6). Da la impresión de que la información y la capacitación profesional disminuye, en parte, el miedo irracional al contagio por simple contacto, sirviendo de bálsamo para la discriminación y las actitudes negativas derivadas de los mitos e ideas erróneas (Herek 2002; Brown et al. 2003). Surge aquí con fuerza el discurso oficial de la tecnociencia que utiliza la información como un medio de control de riesgos, como un medio de dominación social (Foucault 1990, 1999, 2000).

## **Gestionando las emociones. Sentirse vulnerable**

El discurso emocional de los técnicos encuentra su nudo gordiano en la sensación de vulnerabilidad, en la fragilidad que deviene del contacto con un cuerpo sometido a la lectura cultural, del contacto con un cuerpo contaminado que tiende a reproducir la estructura del «habitus»<sup>8</sup> discriminatorio en el que se enmarca (Bourdieu 1986, 1998). El cuerpo de la gestante VIH positivo no es, pues, sólo la

<sup>8</sup> El *habitus* es uno de los conceptos centrales de la teoría sociológica de Pierre Bourdieu. Por tal podemos entender esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social, que hacen que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir concepciones y estilos de vida parecidos.

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

atalaya desde la que experimenta el mundo, sino un realidad material construida en clave cultural a través de la cual es vista y situada en él (Merleau-Ponty 1976). De ello deviene la tensión que aparece en los discursos profesionales, el nerviosismo del que siente que le va mucho en ello: *"tienes que poner a funcionar todos tus sentidos para que nada salga mal, y si cometes un error ya sabes lo que tienes, una enfermedad para toda la vida"* (Auxiliar 11). Afloran, así, las emociones ante la posibilidad, aunque sea remota, de adquirir la lacra de una enfermedad incurable (Taerk et al. 1993).

De esta manera, el miedo al contagio se instituye en la trama que construye todo el proceso asistencial, las percepciones están fuertemente impregnadas de una vulnerabilidad simbólica (Monticelli, Santos y Erdmann 2008) que atenaza los sentidos del que se enfrenta a una situación impregnada de peligros, de un cruce de caminos que desarma la supuesta objetividad que se presupone al científico positivo: *"cuando estás con esa tensión no ves la cosas claras, ni puedes ser igual de objetiva, no trabajas de igual manera, lo que hace que el trabajo te cueste más"* (Médico 20); *"A nadie le apetece trabajar con esa presión a la hora de trabajar"* (Auxiliar 11). En el discurso aflora la inseguridad del que siente que su integridad depende de un pulso firme, se maximiza exponencialmente el miedo a dar un mal paso que traiga consecuencias irreversibles en su proyecto vital: *"tengo principalmente miedo a grandes incisiones, a rotura de guantes o a un pinchazo profundo que pueda producir un hematoma, también, miedo por mi futuro profesional como especialista en carrera quirúrgica"* (Médico 20). Las emociones predominantes hablan, pues, de miedo ante la construcción de un «glosario corporal» que influye en la forma en que es percibida y situada en sociedad (Goffman 1971, 1979, 1987) la gestante VIH positivo.

Los testimonios muestran una interacción clínica que se instituye en un componente práctico de la propia cultura, al proveer de sentido, e intermediar, en el proceso de categorización de las diferentes distinciones sociales generadoras de un estatus en términos de contaminación (Bourdieu 1986; 1998; Geertz 1973). En este caldo de cultivo, el miedo cobra protagonismo, y la buena intencionalidad asistencial se va diluyendo tras la inseguridad que genera la posible infección: *"el miedo que me produce el contagio me da inseguridad y da lugar a que no atienda a*

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

*la mujer como se lo merece en esos momentos tan importantes, pero ¿y si me contagio?" (Auxiliar 2).* De esta manera, pese al intento profesional de no jugar en el campo del prejuicio, el miedo atenaza, condicionando en gran medida las actuaciones profesionales. Actuaciones que, más allá de las intencionalidades volitivas, acaban proyectándose en clave emocional, en términos de incertidumbre, inseguridad y peligro. Las necesidades maternas durante el parto quedan, pues, subyugadas por la sensación de vulnerabilidad, quedan sometidas al «libre albedrío» de una serie de fenómenos sociales mediados por la propia cultura de exclusión (Luque y Oliver 2005).

En resumen, el personal sanitario es un reflejo de la sociedad, y como tal experimenta miedos e inseguridades derivados de su sensación de vulnerabilidad. Miedos que se acrecientan en el parto, donde la posibilidad de infección se magnifica al tener contacto con fluidos corporales potencialmente contaminantes. Ello hace que el VIH no sea una simple enfermedad, sino una construcción cultural donde cobra protagonismo la sensación de incertidumbre: *"el miedo de los sanitarios hacia las gestantes con VIH tiene más que ver con la cultura que con el riesgo que realmente existe de transmisión"* (Auxiliar 2). Así, los cuidados maternos pueden quedar subyugados al control emocional de los profesionales, jugándose la verdadera batalla contra la discriminación negativa en su «locus» de control interno.

***Imaginarios sobre la infección. Del estigma determinante al estigma simbólico***

El estigma forma parte del imaginario colectivo de los profesionales que atienden a las gestantes VIH positivo, vislumbrándose en su discurso los claro-oscuros de una realidad cultural dibujada en clave de segregación: *"sí, todavía seguimos juzgando, sigue siendo una enfermedad con estigma"* (Matrona 4). Surgen, de este modo, las categorías y estamentos que permiten sobreentender en las "otras" los atributos personales y estructurales que las encuadra en el marco de una categoría social desacreditada (Goffman 1963). Y aunque los profesionales no sean agentes activos de discriminación positiva, todos reconocen los prejuicios sociales vinculados tradicionalmente a este tipo de pacientes, manifestándolos en primera persona o a través de la exégesis del comportamiento ajeno. Así, los relatos hablan de dos tipos

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

de estigma, el «estigma determinante», asociado al peligro de contagio en sí mismo, y el «estigma simbólico», derivado de las conductas socialmente desacreditadas que se relacionan popularmente a la enfermedad, como la promiscuidad, la drogadicción o la homosexualidad (Herek 1999).

Como ya se ha comentado, el miedo al contagio vertebral los itinerarios clínicos de las gestantes VIH positivo, apareciendo toda una serie de prejuicios determinados por el riesgo real o imaginario a la infección: *"desde luego que existen prejuicios, posiblemente no sociales pero sí profesionales por miedo al contagio, sobre todo durante el parto con la cantidad de sangre y fluidos"* (Médico 19). Se trata de un proceso de estigmatización vinculado al riesgo de contaminación que será menor cuanto mayor sea la información manejada por los profesionales. Pese a ello, en los relatos todavía subyace este tipo de estigma relacionado con la posibilidad de contacto con el agente infeccioso: *"siguen habiendo muchos prejuicios sociales a pesar de años de información acerca de las vías de contagio y del buen control de la enfermedad con la triple terapia"* (Médico 20). Parece que en los habitáculos clínico-institucionales el miedo se incrementa en función de la estigmatización asociada a la enfermedad, dándose la paradoja de que enfermedades con mayor poder de transmisión, pero con menor estigma asociado, como la hepatitis, generan menor sensación de vulnerabilidad entre los sanitarios (Bennett 1998).

Pero al margen de lo apuntado hasta ahora, en la práctica cotidiana la discriminación no parece producirse únicamente por el miedo al contagio, sino que en los relatos surge también el «estigma simbólico» relacionado con las conductas desacreditadas achacadas tradicionalmente a este tipo de pacientes: *"existen prejuicios sobre todo por su vida anterior, porque suponemos una mala vida". (...)* A veces se cree que lo que les ha sucedido es porque han hecho algo que no debían" (Matrona 7). Son estigmatizadas porque se presupone que han vivido y actuado de forma diferente al grupo normativo (Bruce & Phelan 2001), porque el mero hecho de ser seropositivo actúa como un estímulo específico que configura un sistema de creencias en clave de actitud negativa hacia las gestantes (Mejía 1995): *"El hecho de estar infectada por el virus encasilla muchas veces a estas mujeres, ya que pensamos que siempre pertenecen a clases sociales bajas, con escasos recursos, prostitución, drogadicción..."* (Matrona 15). Parece que la representación

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

del diferente se teje sobre un código binario construido en oposición al genérico dominante, por lo que a las no infectadas se les presupone la "virtud" mientras a las infectadas se les estigmatiza con conductas asociadas al "vicio", drogadicción, promiscuidad etc.. (Godin 1994): *"Creo que aún existe el prejuicio social por la creencia de que es una enfermedad de contagio sexual"* (Matrona 6). El prejuicio está, pues, vinculado a una conducta sexual percibida como inapropiada, estando el discurso de los profesionales tamizado, en cierta medida, por la "culpa", por una serie de especulaciones referentes a su posible vida anterior y a la forma en que se contagiaron, que son sazonadas, a su vez, por mitos y falsas creencias (Cunningham y Ramos-Bellido 1991): *"En cuanto vemos aparecer de parto una mujer con VIH aparecen los prejuicios porque no sabemos cómo se ha podido contagiar"* (Matrona 5). Condicionantes socialmente adjudicados que le otorgan un significado negativo a la enfermedad (Sontag 1990), restringiendo la percepción del propio «cuerpo físico» a su interpretación como «cuerpo social». Se impone, de esta manera, la coacción colectiva a la propia manifestación orgánica del cuerpo, en el sentido de que ha de ceñirse a las coordenadas socialmente compartidas, convirtiéndose el cuerpo en un símbolo de su situación social vilipendiada (Douglas 1988). Las interacciones clínicas se construyen, pues, desde la premisa de una identidad deteriorada que refleja la cultura discriminatoria dominante, jugando un papel central en su constitución elementos como la aculturación, el conflicto o el prejuicio (Taifel 1978): *"existen prejuicios, las enfermedades de transmisión sexual en nuestra sociedad están estigmatizadas, no es lo mismo decir que tienes un cáncer que un VIH, ya que el VIH se considera que es una enfermedad que se ha adquirido por malos hábitos y sin embargo el cáncer viene sólo"* (Matrona 8). Así, el cuerpo de las gestantes seropositivo sigue siendo la geografía apropiada para exhibir públicamente las distintas marcas de posición social, y aunque en las sociedad contemporáneas haya perdido parte de su fuerza simbólica, aún sirve como agente estratificador de la propia posición social denigrada, mediando así en la construcción de la realidad socialmente compartida (Turner 1994). Ello se incrementa aún más en el caso de embarazada que es conceptualizada como el agente infeccioso de "sus" propias criaturas por nacer (Bunting 1996).

Pero la espada de Damocles que pesa sobre las madres seropositivas encuentra también sus oasis dentro del desierto de la discriminación, el estigma se matiza en

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

función de la carga de "culpa" asociada socialmente a la infectada. En este sentido, no es lo mismo que el contagio se derive de conductas personales estigmatizadas socialmente, promiscuidad, drogadicción etc., que ser víctima de un comportamiento asumido por terceros (Mann 1999) que impida el control sobre tu propia salud (Ardila et al. 1999). Por ello, el estigma se suaviza en el caso de las madres que han sido contagiadas por terceros: *"A veces las pobres sin comerlo ni beberlo son infectadas, y ahí lo tienen para siempre"* (Matrona 5). Estas madres son dignas de compasión y reciben mayores niveles de simpatía al ser consideradas mártires del comportamiento de terceros (Batson et al. 1997; Menec y Perry 1995): *"No nos paramos a pensar si ha sido un contagio por desconocimiento o engaño, (...) aunque a veces son las propias mujeres las que sin comerlo ni beberlo se contagian a través de sus esposos que no saben ni que están infectados o no lo dicen"* (Matrona 7). La asignación social de un cariz vergonzante y desacreditador a la enfermedad lleva a veces a ocultarla, porque no es lo mismo ser un sujeto «desacreditable», que ser un sujeto «desacreditado» cuya percepción tendrá inexorablemente que migrar tras la adopción del estigma asociado a la enfermedad (Goffman 1963). Y es que el cuerpo es esculpido y usado de manera diferente en cada sociedad concreta, viviendo las gestantes VIH positivo la cultura discriminatoria en su propio cuerpo (Mauss 1973).

Es, pues, evidente que sí se quiere acertar en las interpretaciones hay que establecer una clara delimitación entre el «estigma determinante», derivado del miedo al contagio, y el «estigma simbólico», derivado de conductas sociales desacreditadas que se han relacionado tradicionalmente con la infección: promiscuidad, drogadicción (Bennett 1998; Michie y Kippax 1991), homosexualidad (Herek, Capitanio y Widaman 2002) etc. Si el primero se deriva del miedo ante la posibilidad, real o ficticia, de adquirir una enfermedad infecciosa e incurable, el segundo es consecuencia de la oposición que se hace entre las conductas sociales autorizadas y las desacreditas por el ideario social compartido. Sea como sea, el estigma parece pender siempre sobre las gestantes seropositivas. Ya sea con una doble estigmatización, la del miedo al contagio y la de la "culpa" socialmente atribuida por sus supuestos comportamientos previos "incestuosos". O en el mejor de los casos, suponiendo que sean liberadas de la "culpa", al ser víctimas del



**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

comportamiento desaprensivo de otros, todavía penderá sobre ellas el estigma asociado al contagio.

De esta manera, parece que estamos ante la paradoja de una realidad dicotómica; por un lado están las nobles intenciones reflejadas en las declaraciones y políticas de integración de los diferentes organismos e instituciones sanitarias (ONU 1948; OMS/OPS 2003), y por otro la realidad de una construcción cultural del SIDA en clave de discriminación: Lo que está en suspense no es baladí, se trata de la dignidad ontológica del ser, de concebirlo como un fin en sí mismo (Kant 1964) cuyo dignidad no depende de su asignación a una determinada categoría social, que lo estigmatiza o lo libera, sino de su simple naturaleza humana (Vila-Coro 2010). Se trata, en definitiva, de la priorización de la existencia sobre la esencia, de una serie de acciones interpersonales en clave de respeto, amor y fidelidad (Marcel 1967) por las que los miembros de una sociedad se obligan recíprocamente a mantener comportamientos que garanticen una simetría en las relaciones (Habermans 2004). Y en este sentido, el estigma social es todo lo contrario, es un instrumento de discriminación que partiendo de visiones reduccionistas y relativistas (Valadier 1997) socava la dignidad inmanente de las gestantes VIH positivo.

**Conclusiones**

Los relatos dibujan los trazos de una enfermedad construida en términos negativos, muestran unos profesionales que se parapetan tras el conocimiento y las «medidas de protección universal» como medio de control de riesgos. En este sentido, la disminución del miedo al contagio, por el simple contacto social regular, ha servido de bálsamo redentor contra la discriminación, pese a ello el temor se agudiza cuando aumenta la posibilidad de exponerse a riesgos reales.

En esta línea, el discurso emocional de los expertos esta tamizado de vulnerabilidad simbólica, de tensión, intuyéndose el miedo al contagio en una de las tramas que construye todo el proceso asistencial. Miedo que se magnifica en el momento del parto, donde el contacto con fluidos corporales es más probable, atenazando los sentidos de unos profesionales que pierden parte de la objetividad que se le presupone al clínico. La consecuencia es que los cuidados maternos pueden quedar



**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

subyugados a un segundo plano, jugándose la verdadera batalla asistencial en la esfera del control emocional de riesgos.

Partiendo de esta configuración no ha de extrañar que el estigma forme parte integral del imaginario colectivo de los profesionales que atienden a las madres seropositivas. Así pues, aunque no sean agentes activos de discriminación positiva todos reconocen los prejuicios sociales vinculados tradicionalmente a este tipo de pacientes. Todos tapizan sus relatos de los dos tipos de estigma asociados al VIH, el «determinante», derivado del peligro de contagio en sí mismo, y el «simbólico», vinculado con las conductas socialmente desacreditadas que se han asociado tradicionalmente con la enfermedad, como la promiscuidad, la drogadicción o la homosexualidad. De este último estigma quedan liberadas aquellas madres que fueron víctimas del comportamiento desaprensivo de terceros, pese a ello ninguna madre se librara del estigma ligado a la posibilidad, real o ficticia, de contagio. De manera que ya sea por el miedo, o por la “culpa” socialmente asignada a su supuesta conducta sexual irresponsable, la estigmatización sigue formando parte del itinerario clínico de la gestante seropositiva, sobre todo en el caso del parto donde el riesgo de contagio es real.

Es, pues, necesario seguir reflexionando sobre la estigmatización de la gestante seropositiva, y ser conscientes de que las fuentes de prejuicio están en continua metamorfosis sufriendo transmutaciones dinámicas en función de las cosmovisiones sociales hegemónicas. En este marco, hay que seguir difundiendo informaciones correctas, hay que seguir luchando contra mitos infundados que disminuyan la carga de la “culpa” asignada a este tipo de pacientes, y aminoren el miedo de los profesionales al contagio. Miedo que es más resistente en el caso de procesos donde existe una posibilidad real de contagio, como el caso del parto, donde la simple información no es suficiente, sino que cobra especial relieve la correcta gestión de las emociones, la adopción de un «locus de control interno» que permita central la atención en la paciente y no sólo en la evitación de riesgos. A este respecto, parece que las «medidas de protección universal» son el asidero firme que los profesionales necesitaban para aferrarse.

**Bibliografía**

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Aggleton P, Parker R, Maluwa M. (2002). *Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción*. La Habana: UNAIDS.

Ardila, H., Stanton J. y Gauthier L. (1999). *Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/SIDA con HSH*. Bogotá: ONUSIDA. Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.

Batson C.D., Polycarpou M.P., Harmon-Jones E., Imhoff H.J., Mitchener E.C., Bednar L.L., Klein TR & Highberger L. (1997). "Empathy and attitudes: Can feeling for a member of a stigmatized group improve feelings towards the group?" *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 105-118. DOI: 10.1037/0022-3514.73.3.495.

Bennett L, Michie P & Kippax S. (1991). "Quantitative analysis of burnout and its associated factors in HIV/AIDS related care", *AIDS Care*, 3(2):181-192. DOI: 10.1080/09540129108253061

Bennett, JA. (1998). "Fear of Contagion: A Response to Stress?". *Advances in Nursing Science*, 21(1) 76-87. DOI: 00012272-199809000-00008.

Berger y Luckmann. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Bertaux D. (1993). "Los relatos de vida en el análisis social". En J. Aceves (Comp.). *Historia oral*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 136-148.

Bourdieu, P. (1986). "Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo". En C. Wright Mills, et al., *Materiales de sociología crítica*. Madrid: La Piqueta, 183-194.

Bourdieu, P. (1998). *La distinción, criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus

Brigham, J.C. (1971). "Ethnic stereotypes", *Psychological Bulletin*, 76, 15-38. DOI: 10.1037/h0031446.

Brown, L., Macintyre, K., & Trujillo, L. (2003). "Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned?" *AIDS Educations and Prevention*, 15 (1): 49-69. DOI: 10.1521/aeap.15.1.49.23844

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Bruce G.L & Phelan J.C. (2001). "Conceptualizing stigma". *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385. DOI: 10.1146/annurev.soc.27.1.363.

Bunting, S.M. (1996). "Sources of stigma associated with women with HIV". *Advances in Nursing Science*.19(2), 64-73. DOI: 00012272-199612000-00008.

Castro, R. (1996). "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo". En I. Szasz y S. Lerner (comps.), *Para comprender la subjetividad*, México: El Colegio de México, 57-58.

Chambers, L.A; Rueda, S; Baker, D.N; Wilson, M.G; Deutsch, R; Raeifar, E; Rourke, S.B. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15, 848. DOI: 10.1186/s12889-015-2197-0.

Coffey A. y Atkinson P. (2005). *Encontrar el sentido a los datos cualitativos*. Medellín: Universidad de Antioquia de Medellín.

Cunningham, I. & Ramos-Bellido, C. (1991). "VIH/SIDA: Mitos y desmitificación". En I. Cunningham, C. Ramos-Bellido & R. Ortiz-Colón (Eds.), *El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos multidisciplinarios*. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 71-84.

Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.

Dworkin J; Albretch G & Cooksey J. (1991). "Concern about AIDS among hospital physicians, nurses and social workers". *Social Science and Medicine*; 33:239-248. DOI:10.1016/0277-9536(91)90357-I.

Epele, M. (2002). "Violencias y traumas: Políticas del Sufrimiento Social entre Usuarios de Drogas". *Cuadernos de Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires, 14, 117-137.

Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.

Foucault, M. (1999). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M. (2000). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Frazer, J.G (1922). *The Golden Bough: A Study in Magic and Religion*. New York: Macmillan Publishers Limited

Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE). (2005). *Discriminación y VIH/SIDA. Estudio FIPSE sobre la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA*. Madrid: FIPSE. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas de la Universidad Carlos III de Madrid.

Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey. Prentice-Hall.

Goffman, E. (1971). *Ritual de la interacción*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

Goffman, E. (1979). *Relaciones en público. Micro estudio del orden público*. Madrid: Alianza.

Goffman, E. (1987). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goldin C. (1994). "Stigmatization and AIDS: critical issues". *Social Science and Medicine*, 39(9): 1359-1366. DOI:10.1016/0277-9536(94)90366-2.

Gordon, J.H.; Ulrich, C.; Feeley, M., & Pollack, S. (1993). "Staff distress among hemophilia nurses." *AIDS Care*. 5, 359-367. DOI: 10.1080/09540129308258618.

Habermas, J. (2004). *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?* Buenos Aires: Paidós.

Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. (2002). "HIV-related stigma and knowledge in the United States: prevalence and trends, 1991-1999". *American Journal of Public Health*, 92(3):371-7. DOI: 10.2105/AJPH.92.3.371.

Herek GM. (1999). "AIDS and Stigma", *American Behavioral Scientist*, 42(7): 1106-1116. DOI: 10.1177/0002764299042007004.

Herek, G.M. (2002). Gender gaps in public opinion about lesbians and gay man, *Public opinion Quarterly*, 66, 40-66. DOI: 10.1086/338409.

## perifèria

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Hortsman, W.R., & McKusick, L. (1986). "The impact of AIDS on the physician". En L. McKusick (Ed.) *What to do about AIDS: Physicians and mental health professionals discuss the issues*. Berkeley.: University of California Press, 63-74.

Huici C.; Ros M.; Carmona M.; Cano I., & Morales J.F. (1996). "Stereotypic trait disconfirmation and positive-negative asymmetry", *Journal of Social Psychology*, 136 (3):277-288. DOI: 10.1080/00224545.1996.9714007.

Ibañez, J. (1979). "Interpretación y análisis del discurso". En I. Jesús en *Más allá de la sociología. El grupo de discusión, técnica y crítica*, Madrid: Siglo XXI, 333-351.

Jociles, M<sup>a</sup>I. (2005). "El análisis del discurso: de cómo utilizar desde la antropología social la propuesta analítica de Jesús Ibañez". *Revista de Antropología*, 7: 1-25.

Kant, I. (1964). "Werke in Zwölf Bänden, Frankfurt am Main: Suhrkamp". *Schriften zur Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik*, T. XII, 2.

Kegeles, S.M.; Coates, T.J.; Christopher, T.A. & Lazarus, J.L. (1989). "Perceptions of AIDS: The continuing saga of AIDS-related stigma", *AIDS*, 3 (Suppl.), 253-258. DOI: 00002030-198901001-00035.

Knox, M.D., & Dow, M.G. (1989). "Staff discomfort in working with HIV spectrum patients". *International Conference on AIDS*, 5, 720.

Kuhn, T. (1971). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Laraqui CH, Tripodi D, Rahhali AE, Bichara M, Betito D, Curtes J-P, Verger C. (2000). "Connaissances et attitudes du personnel soignant face au side et au risque de transmission professionnelle du VIH dans deux hôpitaux marocains", *Cahiers d'études et de recherches / Santé*, 10(5):315-21.

Luque, M. A. Oliver, M.I. (2005). "Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas". *Index Enfermería*, 14: 48-49.

Mann, J. (1999). "Human Rights and AIDS: The future of the pandemic". En Jonathan M. Mann, Sofia Gruskin, Michael A. Grodin, and George J. Annas (eds.) *Health and Human Rights: A reader*, New York and London: Routledge, 217-226.

## perifèria

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Marcel, G. (1967). *Dos Discursos y un Prólogo Autobiográfico*. Barcelona: Ed. Herder.

Martínez Barreiro, A. (2004). "La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas". *Papers de Sociologia*, 73: 127-152.

Mauss, M. (1966). *Sociologie et anthropologie*. París: PUF.

Mauss, M. (1973). "Techniques of the Body". *Economy and Society*, 1(2), 70-89. DOI: 10.1080/03085147300000003.

Mejía, T. (1995). *Psicología social y sus aplicaciones*. Santo Domingo: Editora de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Menec, V.H., & Perry, R.P. (1995). "Reactions to stigma: The effect of target's age and controllability of stigmas". *Journal of Aging and Health*, 7, 365-383. DOI: 10.1177/089826439500700302.

Menéndez, E. L. y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: Casa Chata.

Menéndez, E.L. (2000). "Factores culturales. De las definiciones a los usos específicos". En Enrique Perdiguero y José M. Comelles, (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Merlau-Ponty, M. (1976). *The Primacy of Perception*. Evanston y Chicago: Northwestern University Press.

Monticell, M; Santos, E; Erdmann, AL. (2008). "Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade". *Texto & Contexto-Enfermagem*, 17(3): 482-491. DOI: 10.1590/S0104-07072008000300009.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. New York: ONU.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2000). *Convención Internacional Sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación racial*. Ginebra: Movimiento internacional contra todas la formas de discriminación y racismo (IMADR).

## perifèria

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2001). Hoja informativa: Situación General del Estigma y la Discriminación Relacionados con el VIH/SIDA. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2007). "Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos" (Versión consolidada 2006). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Organización de Naciones Unidas (ONU); Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Situación de la epidemia de SIDA*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

Organización Mundial de la salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2003). *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por VIH/SIDA en el sector salud*. Ginebra: OMS/OPS.

Osorio, R.M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: CIESAS, INAH, INI.

Quinn, T. C. (1996). "Global Burden of the HIV Pandemic". *Lancet*, 348: 99-106. DOI: 10.1016/S0140-6736(96)01029-X.

Relf, M.V; Williams, M. y Barroso, J. (2015). Voices of Women Facing HIV-Related Stigma in the Deep South. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 29, 1-9. DOI: 10.3928/02793695-20151020-01.

Romaní, O. (1992). "Marginación y drogodependencias. Reflexiones en torno a un caso de investigación". En Álvarez Uría (Comp.), *Marginación e inserción. Los nuevos retos de las políticas sociales*. Madrid: Eudymión, 259-281.

Silverman, D.C. (1993). "Psychosocial impact of HIV-related caregiving on health providers: A review an recommendations for the role of psychiatry". *American Journal of Psychiatry*, 150, 705-712. DOI: 10.1176/ajp.150.5.705.

Sontag, S. (1990). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York: Holizbrinck Publishers.

Stevenson, S.R. & Kitchener, K.S (2001). "Ethical issues in the practice of psychology with clients with HIV/AIDS". En J.R. Anderson, & B. Barret (Eds.), *Ethics*

**perifèria**

Número 20(2), diciembre 2015

<http://revistes.uab.cat/periferia>

*in HIV-related psychotherapy: Clinical decision making in complex cases.* Washington: American Psychological Association, 19-42.

Taerk G; Gallops RM; Lancee WJ, Coates RA & Fanning M. (1993). "Recurrent themes of concern in groups for health care professions". *AIDS Care*, 5:215-222. DOI: 10.1080/09540129308258602.

Tajfel, H. & Wilkes, A. L. (1963). "Classification and quantitative judgment". *British Journal of Social Psychology*, 54:101-114. DOI: 10.1111/j.2044-8295.1963.tb00865.x

Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: Studies in the social psychology of intergroup relations*. London: Academic Press.

Taylor, S. (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación la búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

Turner, B. (1994). "Avances recientes en la teoría del cuerpo". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 68, 11-40. DOI: 10.2307/40183756.

Valadier, P. (1997). *L'anarchie des valeurs : Le relativisme est-il fatal?* Paris: Albin Michel.

Vila-Coro, M.D. (2010). *La vida humana en la encrucijada. Pensar la Bioética*. Madrid: Ediciones Encuentro.

Weber, M. (1968). "Basic Sociological Terms". En G. Roth & C. Wittich (Eds.). *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press. 3-62.